

Trabalho de Conclusão de Curso

CARCINOMA EPIDERMOIDE DE BOCA: LEVANTAMENTO DOS CASOS DIAGNOSTICADOS PELO LABORATÓRIO DE PATOLOGIA BUCAL DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Fábio Cardoso



Universidade Federal de Santa Catarina

Curso de Graduação em Odontologia

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

Fábio Cardoso

**Carcinoma Epidermoide de Boca: Levantamento dos Casos
Diagnosticados Pelo Laboratório de Patologia Bucal da Universidade
Federal de Santa Catarina**

Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, como
requisito para a conclusão do Curso
de Graduação em Odontologia
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Elena Riet
Correa Rivero
Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Liliane
Janete Grando

Florianópolis
2014

Fábio Cardoso

**CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE BOCA: LEVANTAMENTO DOS
CASOS DIAGNOSTICADOS PELO LABORATÓRIO DE
PATOLOGIA BUCAL DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA
CATARINA**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado, adequado para obtenção do título de cirurgião-dentista e aprovado em sua forma final pelo Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 24 de Julho de 2014.

Banca Examinadora:

Prof.^a. Dr.^a. Elena Riet Correa Rivero
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a Dr.^a. Maria Inês Meurer
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Dr. Felipe Perozzo Daltoé
Universidade Federal de Santa Catarina

Dedico este trabalho:

À minha mãe e à minha irmã, Mariza e Fernanda.

Ao meu avô e ao meu padrinho, Dante e Maurício.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Prof^a Dr^a. Elena Riet Correa Rivero, por todos os ensinamentos passados, pela paciência e dedicação, e pela ótima convivência que tivemos durante todos estes anos em que fui seu orientando de TCC e bolsista no Laboratório de Patologia Bucal da UFSC. Foi uma experiência única e enriquecedora estar sob sua orientação durante estes cinco anos. Muito obrigado.

À minha co-orientadora Prof^a Dr^a. Liliane Janete Grando por ter sido tão solícita quando precisei de sua ajuda e por sua eficiência e dedicação durante todo o tempo.

Ao Prof. Dr Felipe Modolo Siqueira, pelo seu incentivo quanto à realização de pesquisas científicas.

À Prof^a Dr^a Maria Inês Meurer, pela palavra amiga e pela ajuda que me ofereceu em momentos difíceis.

À equipe da Patologia Bucal da UFSC, professores e técnicos e, em especial, à minha amiga Suzéli Dias, por todos os anos de convivência e grande aprendizado. Com certeza fazer parte desta equipe tornou a minha graduação muito mais rica e inspiradora.

Ao meu grande amigo Guilherme Hoffmann e à sua família pelo apoio e ajuda que me prestaram nos momentos em que precisei.

Ao meu pai Fernando Luiz de Matos Pereira que, infelizmente, faleceu antes de me ver iniciar este sonho.

À minha mãe Mariza Cardoso que batalhou muito para que este sonho se realizasse. Mãe você é um dos maiores exemplos de vida que eu conheço. Eu te amo.

À minha irmã Fernanda Cardoso por ser minha confidente e por trazer alegria à minha vida. Dar risadas com você sempre será a melhor coisa do mundo. Eu te amo.

Ao meu padrinho e madrinha, Maurício Cardoso e Alexandra Borges Cardoso, por toda a ajuda desde o início da minha trajetória no Curso de Odontologia da UFSC, esta conquista também é de vocês. Muito obrigado.

Ao meu avô, Dante Cardoso e minhas avós Ormínia Cardoso e Luiza de Matos, por serem fonte de inspiração em minha vida.

Aos meus amigos e familiares por compreender a minha ausência e me apoiarem nos momentos difíceis. A presença de vocês na minha vida é fundamental sempre. Muito obrigado.

RESUMO

O Carcinoma Epidermoide é a principal neoplasia maligna que ocorre na boca. O objetivo deste estudo foi fazer o levantamento da casuística dos casos de Carcinoma Epidermoide de Boca (CEB) diagnosticados pelo Laboratório de Patologia Bucal da Universidade Federal de Santa Catarina (LPB-UFSC) desde sua fundação até dezembro de 2013, através de um estudo observacional longitudinal descritivo. Através de pesquisa aos laudos histopatológicos arquivados no LPB-UFSC, foram selecionados 74 casos de CEB dentro de um número total de 1.700 diagnósticos arquivados, representando 4.35% dos diagnósticos. A maioria dos casos se deu em homens (82.43%), entre a 5ª e 6ª décadas de vida, de etnia leucoderma (88.4%) e fumantes (85.91%). A associação entre fumo e álcool também foi expressiva (60.56%). Os locais mais comuns de desenvolvimento da lesão foram assoalho bucal (27.53%), língua (27.53%), lábio Inferior (18.84%), palato (10.14%), área retromolar (8.69%), mucosa jugal (8.69%) e mucosa alveolar (7.14%). A maioria das lesões diagnosticadas tinha um período de evolução entre 0-6 meses (70.48%). Em cerca de 40 casos foi possível se avaliar o estadiamento TNM das lesões. Em relação a estes casos os tamanhos T2 e T4 foram registrados em 30% dos casos, respectivamente, em 48.64% dos casos não havia metástases do tumor para linfonodos (N0) e em 86.48% não registrou-se metástases à distância. Na avaliação histológica, a maioria das lesões eram moderadamente diferenciadas (40.09%). De acordo com nossos resultados, podemos concluir que o CEB afetou principalmente homens, leucodermas, fumantes entre a quinta e sexta décadas de vida. Os locais mais acometidos pela doença foram assoalho bucal e língua, seguidos de lábio inferior e palato. A maioria dos casos de CEB em lábio inferior se desenvolveu em pacientes que tinham exposição solar excessiva devido à atividade profissional. A maioria das lesões tinha um tempo de evolução de 0-6 meses e eram moderadamente diferenciadas. O estadiamento clínico IV da classificação TNM foi o mais frequente, demonstrando que a maioria dos casos de CEB tem um diagnóstico tardio.

Palavras-chave: Carcinoma Espinocelular; Carcinoma Epidermoide; Carcinoma de Células Escamosas; Câncer de boca.

ABSTRACT

The squamous cell carcinoma is the main malignancy that occurs in the mouth. The aim of this study was to survey the cases of oral squamous cell carcinoma (OSCC) diagnosed the Laboratory of Oral Diagnoses of the Federal University of Santa Catarina – UFSC (LPB) since its founding to December 2013, through a descriptive longitudinal study. The OSCC cases were selected from the histopathological diagnosis reports. From 1700 cases diagnosed by LPB, 74 were OSCC, which represents 4.35% of the total of diagnoses. Most cases occurred in males (82.43%) leucoderma ethnicity (88.4%), smoking (85.91%) in the 5th to the 6th decades of life. The association between smoking and alcohol consumption was also high (60.56%). The most common sites of lesion development were floor of the mouth (27.53%), tongue (27.53%), lower lip (18.84%), palate (10.14%), retromolar region (8.69%), buccal mucosa (8.69%) and alveolar mucosa (7.14%). Most lesions presented 0-6 months of evolution (70.48%). In about 40 cases it was possible to evaluate the TNM staging of lesions, and for these cases sizes T2 and T4 were recorded in 30% respectively. In 48.64% of cases there was no tumor metastases to lymph nodes (N0) and in 86.48% had no record of distant metastases. Regarding the histological aspects, most of the cases were moderately differentiated (40.09%). According to our results we can conclude that OSCC affected mostly men, leucoderms, smokers between the fifth and sixth decades of life. The most affected site was the floor of the mouth and tongue, followed by lower lip and palate. Most cases of OSCC in lower lip developed in patients who had excessive sun exposure often related to the occupation. Most lesions had a time course of 0-6 months and were moderately differentiated. According to TNM classification, the clinical stage IV was the most frequent, showing that the majority of patients still has a delay in diagnosis.

Keywords: Carcinoma, Squamous Cell; Carcinoma, Epidermoid; Oral cancer.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Critérios e escores usados na graduação histopatológica.....	27
Tabela 2 – Estadiamento clínico dos casos da amostra.....	41

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição dos casos de CEB de acordo com o gênero.....	28
Gráfico 2: Distribuição dos casos de CEB de acordo com a etnia.....	29
Gráfico 3: Distribuição dos casos de CEB por faixas etárias (amostra de 74 casos).....	30
Gráfico 4: Distribuição dos casos de CEB por gênero, considerando a localização intrabucal e labial.....	31
Gráfico 5: Distribuição dos casos de CEB por etnia, considerando a localização intrabucal e labial.....	32
Gráfico 6: Distribuição dos casos de CEB por faixas etárias, considerando a localização intrabucal e labial.....	33
Gráfico 7: Distribuição dos casos de CEB, de acordo com a localização primária dos tumores.....	34
Gráfico 8: Porcentagem dos pacientes com CEB expostos aos fatores etiológicos para o desenvolvimento desta neoplasia.....	35
Gráfico 9: Tempo médio de evolução das lesões de CEB (61 casos).....	36
Gráfico 10: Tempo médio de evolução das lesões de CEB intra-bucais e CEB em lábio.....	37
Gráfico 11: Estadiamento T dos casos da amostra.....	38
Gráfico 12: Estadiamento N dos casos da amostra.....	39
Gráfico 13: Estadiamento M dos casos da amostra.....	40
Gráfico 14: Graduação histológica dos casos de CEB.....	42

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEB – Carcinoma Epidermoide de Boca.

CE – Carcinoma Epidermoide.

OSCC – Squamous Cell Carcinoma.

INCA – Instituto Nacional de Câncer.

LPB – Laboratório de Patologia Bucal.

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina.

HU – Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago.

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas.

CEPON – Centro de Pesquisas Oncológicas.

CEPSH – Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos.

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	23
2.	OBJETIVOS.....	26
	2.1. Objetivos Gerais.....	26
	2.2. Objetivos Específicos.....	26
3.	MATERIAIS E MÉTODOS.....	26
4.	RESULTADOS.....	28
5.	DISCUSSÃO.....	42
6.	CONCLUSÃO.....	45
7.	REFERÊNCIAS.....	46

INTRODUÇÃO

O Carcinoma Epidermoide de boca (CEB) é a principal neoplasia maligna que pode afetar a cavidade bucal. Segundo Neville e colaboradores [21] é o décimo câncer mais comum no mundo, tendo uma incidência relatada especialmente alta no subcontinente indiano, Austrália, França, Brasil e África do Sul.

Segundo dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA) [15], no Brasil, a estimativa é que, em 2014, 11.280 novos casos de câncer na cavidade oral ocorram em homens e 4.010 em mulheres. Só no estado de Santa Catarina o número de casos de câncer na cavidade oral pode chegar a 490. Ainda no estado de Santa Catarina, no período entre 2003 e 2007, os cânceres da cavidade oral foram responsáveis por 3,9% de todas as mortes de homens por câncer, no Brasil o número sobe para 4,3% [15].

A etiologia do CEB é multifatorial. Nenhum agente ou fator etiológico único tem sido claramente definido ou aceito, porém, assume-se que tanto fatores extrínsecos quanto intrínsecos, podem estar atuando [21]. Entre os fatores extrínsecos o tabagismo e o etilismo destacam-se como os mais comumente relatados [2] [4] [8] [10] [13] [21] [22] [24] [27] [28] [10][30] [31] [32]. Acredita-se que de todos os fatores que contribuem para a etiologia do câncer bucal, o tabaco seja o mais importante [24]. Todas as formas de tabagismo são fortemente ligadas ao câncer oral [24]. A proporção de tabagistas entre os pacientes com CEB (80%) é de duas a três vezes maior do que na população em geral [21]. O consumo excessivo de álcool também tem sido associado ao desenvolvimento do CEB [21]. Embora não se acredite que álcool seja um carcinógeno por si mesmo, ele parece contribuir para o risco de câncer bucal [24]. Aparentemente o álcool isoladamente não pode iniciar a carcinogênese, embora esteja bem estabelecido que o álcool em combinação com o tabaco é um fator de risco significativo para o desenvolvimento do câncer oral [21].

Entre os fatores intrínsecos, destacam-se os estados de desnutrição, imunocomprometimento, idade do paciente, etnia e histórico familiar [21][24].

O desenvolvimento do câncer envolve, basicamente, o acúmulo de mutações genéticas com perda do controle do crescimento celular [19][30]. Duas classes de genes que sofrem mutações estão envolvidas no câncer: os proto-oncogenes e os genes supressores tumorais [31]. Os proto-oncogenes estão diretamente relacionados com a regulação do crescimento celular e, quando alterados por mutações, translocações e amplificações, são chamados de oncogenes, pois promovem a proliferação das células independente de qualquer controle [8][19]. Os genes supressores tumorais, por outro lado, permitem indiretamente a produção de um tumor quando se tornam inativados ou mutados. A maioria dos especialistas acredita que o

acúmulo de muitas dessas variadas aberrações genéticas é necessário antes que a célula afetada expresse um fenótipo maligno [21].

A apresentação clínica do CEB é muito variável, podendo se apresentar como uma úlcera exofítica ou endofítica, de superfície irregular, vegetante, papilar ou verruciforme e sua cor poderá variar da coloração normal ao vermelho ou branco. A superfície é frequentemente ulcerada e o tumor é endurecido à palpação. Também pode se apresentar como uma placa leucoplásica, eritroplásica ou ainda uma lesão eritroleucoplásica [21]. As lesões leucoplásica, eritroleucoplásica e eritroplásica correspondem a placas na mucosa bucal que adquirem uma coloração distinta daquela da mucosa normal. Estas placas apesar do aspecto clínico indolente, já podem se tratar de lesões cancerizáveis, ou seja, lesões com alterações celulares que têm potencial para se transformarem em um carcinoma. Histologicamente essas lesões podem apresentar diferentes graus de displasia (leve, moderada ou severa) ou ainda, Carcinoma *in situ*, ou já representar um CEB invasivo [21].

A disseminação metastática do CEB ocorre principalmente através dos vasos linfáticos para os linfonodos cervicais ipsilaterais [21]. Além destes os sítios mais comumente afetados são os pulmões fígado e ossos, no entanto, qualquer parte do corpo pode ser afetada [21].

A classificação clínica TNM é o sistema utilizado para prever o prognóstico do carcinoma epidermóide oral [9]. Nesse sistema o T representa o tamanho do tumor primário, N significa a presença de tumores metastáticos em linfonodos regionais e M significa a existência ou não de metástases à distância em algum outro local. O estadiamento de um tumor reflete a extensão da doença e a possibilidade de cura do paciente [15]. Segundo Silverman e colaboradores [28], o estadiamento é necessário para se estabelecer as bases do plano de tratamento para o paciente. O sistema de estadiamento usados na maioria dos centros é a classificação tumor-nodo-metástase (TNM). O tamanho do tumor e a extensão da disseminação metastática do CEB são os melhores indicadores de prognóstico do paciente. Quanto maior for o estágio da classificação, pior será o prognóstico [21][21]. Além disso, embora a classificação histológica do tumor não seja considerada no estadiamento do CEB, tem sido demonstrado que o grau de queratinização, pleomorfismo nuclear e escore médio de malignidade tem correlação estatisticamente relevante com o estadiamento clínico TNM [9].

Segundo Neville e colaboradores [21][21] a classificação do epitélio neoplásico pode ser feita em graduações de acordo com o quanto o tecido neoplásico lembra o seu tecido de origem, sendo que quanto mais diferente dele ele for, maior será sua graduação. Neste sentido as lesões podem ser graduadas em uma escala de três pontos (graus I, II e III), sendo

que o grau I representa um tecido neoplásico bem diferenciado (que lembra o tecido de origem), e o grau III representa um tecido mais alterado, ou seja, indiferenciado, sendo, muitas vezes, difícil a determinação de seu tecido de origem, o grau II é uma fase intermediária entre os graus I e III. Segundo o mesmo autor, a gradação histopatológica de um tumor está, de alguma forma, relacionada ao seu comportamento biológico, sendo assim, um tumor grau I, que lembra mais o seu tecido de origem, tende a crescer em uma velocidade menor que um tumor grau III.

A cura depende diretamente do estágio clínico da doença no momento do início do tratamento. Se a doença for descoberta precocemente, a probabilidade de sobrevida aumentará [24][24]. Neville e colaboradores [21] [21] também apontam que o prognóstico da sobrevida de um paciente com CEB depende do seu estadiamento. Segundo eles, se o tumor for relativamente pequeno e não tenha ocorrido metástase até o momento do diagnóstico, a sobrevida tende a atingir taxas de até 68%. Porém quando o tumor já invade estruturas adjacentes, se dissemina para sítios distantes ou esta associado à metástases para múltiplos linfonodos, para um único linfonodo ipsilateral maior que 3 cm e menor ou igual a 6cm ou um linfonodo maior que 6 cm, a sobrevida para o paciente cai para apenas 27%. Embora alguns pacientes morram de sua doença em um período mais prolongado, como 10 anos após o diagnóstico inicial, a grande maioria das mortes ocorre dentro dos 5 anos [21][21].

A localização primária do tumor também pode ter grande influência na sobrevida dos pacientes, sendo que, segundo algumas pesquisas, as lesões linguais têm as piores taxas de sobrevida [10][22][32].

O paciente diagnosticado com CEB é logo encaminhado ao centro de referência para o tratamento da doença, pois devido à sua característica maligna e agressiva com potencialidade de disseminação, esta doença põe em risco a vida do paciente e deve ser tratada a nível hospitalar.

O Laboratório de Patologia Bucal da Universidade Federal de Santa Catarina (LPB-UFSC) vem, desde setembro de 2006, trabalhando no exame histopatológico de materiais provenientes de biópsias realizadas nos cursos de Graduação e Pós-Graduação da UFSC, no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e nos Ambulatórios do Núcleo de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial e Patologia Bucal do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC). No LPB-UFSC chegam peças de biópsia provenientes de pacientes de todo o estado de Santa Catarina que são encaminhadas aos serviços anteriormente citados, logo, exerce um papel regional importante no diagnóstico das mais diversas doenças que podem acometer a boca.

Este trabalho teve como objetivo, fazer um levantamento dos casos diagnosticados como CEB pelo LPB, a fim de caracterizar o perfil regional desta doença e dos pacientes os quais ela acometeu.

Considerando que a maioria dos casos de CEB recebidos no LPB vem de pacientes atendidos no Ambulatório de Estomatologia do HU/UFSC, serviço de referência no Estado de Santa Catarina no diagnóstico de tratamento de doenças da boca, e que, após o diagnóstico histopatológico, os pacientes são encaminhados para o Serviço de Cirurgia de Cabeça e pescoço do HU/UFSC ou para o Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON) de Florianópolis, este trabalho se propõe a fazer um levantamento dos casos de CEB, com base nos dados presentes nas fichas de biópsia e laudos histopatológicos do LPB-UFSC e nos prontuários médicos do HU/UFSC.

OBJETIVOS

Objetivos Gerais

Levantar a casuística dos casos de Carcinoma Epidermoide de Boca diagnosticados pelo LPB-UFSC, e acompanhados pelo HU/UFSC, entre os períodos de setembro de 2006 a dezembro de 2013.

Objetivos Específicos

- Levantar os dados epidemiológicos da doença em relação aos casos diagnosticados pelo LPB-UFSC;
- Realizar um levantamento dos dados clínicos dos pacientes com CEB diagnosticados pelo LPB;
- Determinar a incidência dessa lesão, bem como sua localização preferencial, tamanho, tempo de evolução, grau histológico e estadiamento;
- Comparar os dados obtidos com os já existentes na literatura;
- Avaliar a presença de hábitos nocivos os pacientes com CEB ;
- Avaliar se, nos casos de CEB em lábio, as profissões dos acometidos pela doença representavam risco ao desenvolvimento da mesma.

MATERIAIS E MÉTODOS

I – Aspectos éticos

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas Com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina sob o número 717.502 (Anexo A)

II - Seleção dos casos

A seleção da amostra foi feita com base nos laudos histopatológicos do LPB-UFSC.

III - Levantamento dos dados clínicos

Os dados clínicos foram levantados através de análise das fichas de biópsia do LPB-UFSC, assim como dos prontuários médicos disponibilizados pelo HU/UFSC. Os dados pesquisados foram: gênero, idade, etnia, hábitos nocivos, localização da lesão primária, tamanho da lesão, evolução, estadiamento e profissão de risco ou não dos pacientes da amostra. Profissão de risco foi considerada apenas para o desenvolvimento do câncer de lábio, aquelas as quais exigem uma excessiva exposição solar como, por exemplo, pedreiro, agricultor, pescador, jardineiro, gari e pintor.

IV - Graduação Histológica

A graduação histológica das lesões foi realizada sob microscopia óptica pela Prof^a. Dr^a Elena Riet Correa Rivero (orientadore desta pesquisa). Para a graduação histopatológica dos tumores foi utilizado o método proposto por Bryne colaboradores [7], adaptado por Alves e colaboradores [1], no qual se considera o grau de queratinização do tumor e o grau de pleomorfismo nuclear. A soma dos escores recebidos para cada critério determina o grau de diferenciação do tumor de acordo com o esquema a seguir: bem diferenciado (2 a 4), moderadamente diferenciado (5 a 6) e mal diferenciado (7 a 8). A tabela 1 mostra os critérios usados e os escores dados a cada um deles para se fazer a graduação histopatológica dos casos da amostra.

Tabela 1: Critérios e escores usados na graduação histopatológica.

Característica Morfológica	Escore			
	1	2	3	4
Grau de Queratinização	Intenso (>50% das células)	Moderado (20-50% das células)	Discreto (5-20% das células)	Ausente (0-5% das células)

Pleomorfismo Nuclear	Discreto (>75% das células maduras)	Moderado (50-75% das células maduras)	Intenso (25-50% das células maduras)	Extremo (0-25% das células maduras)
-----------------------------	--	--	---	--

Fonte: Bryne et al [7] e Alves et al [1].

RESULTADOS

Após um levantamento de 1.700 laudos arquivados pelo LPB-UFSC, chegou-se a uma amostra de 74 casos diagnosticados como CEB, ou seja, 4,35% do total de laudos arquivados pelo laboratório até o momento. Nesta amostra observou-se que houve uma maior incidência de CEB em pacientes do gênero masculino, leucodermas, com faixa etária entre a quinta e sexta décadas de vida (Gráficos 1, 2 e 3).

Gráfico 1: Distribuição dos casos de CEB de acordo com gênero.

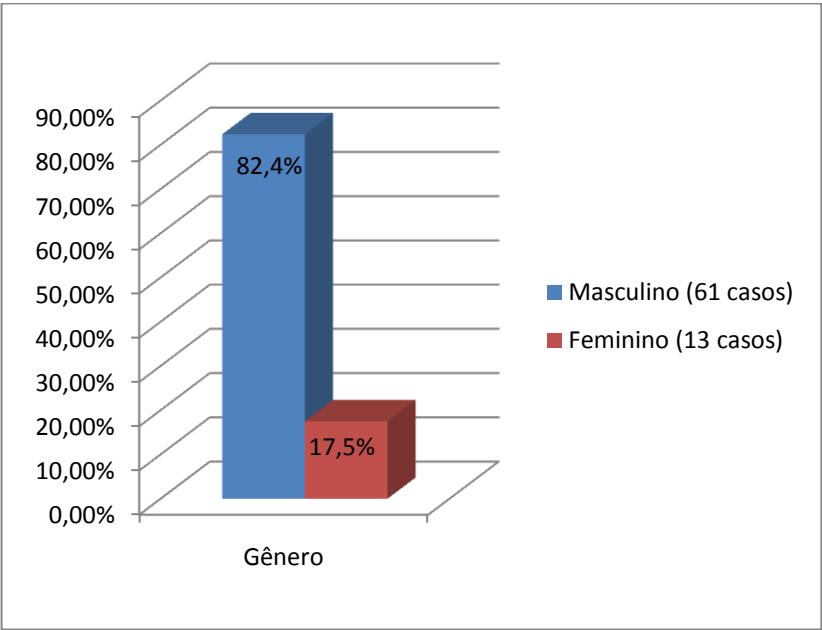


Gráfico 2: Distribuição dos casos de CEB de acordo com a etnia (69 casos)

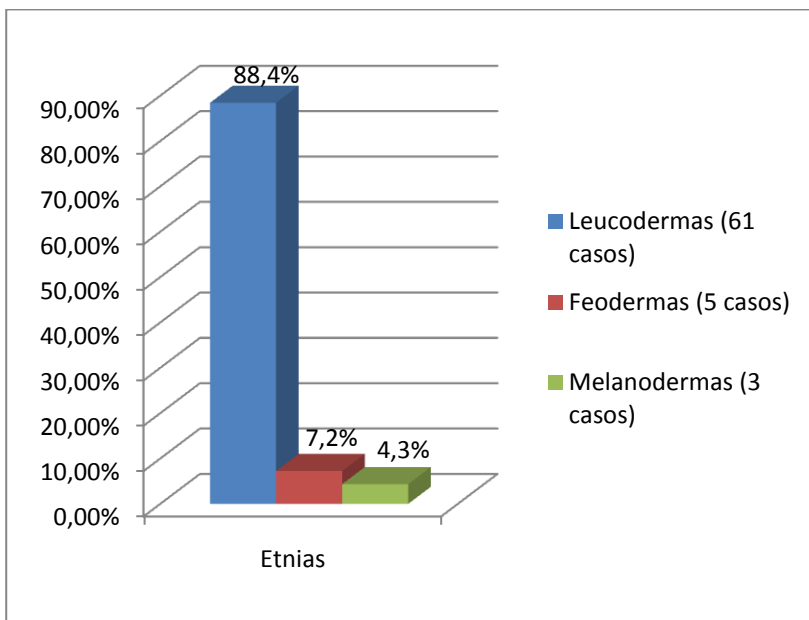
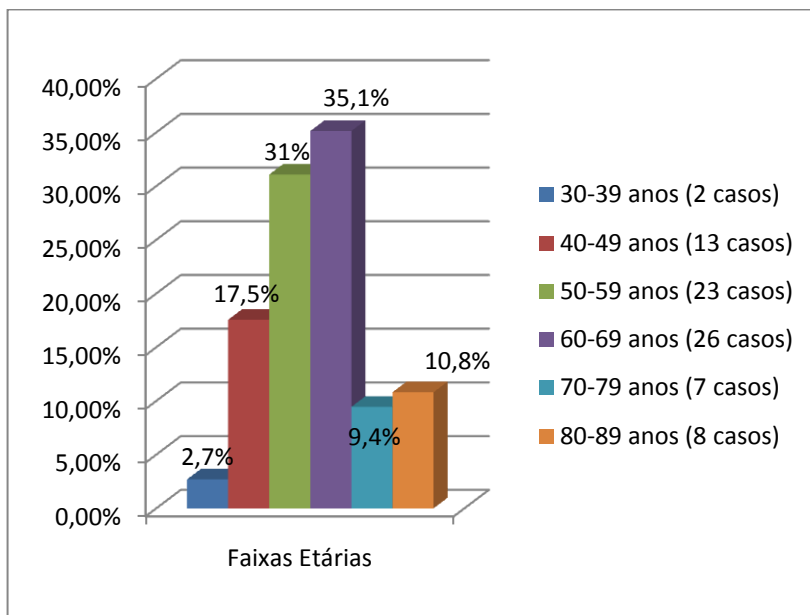


Gráfico 3: Distribuição dos casos de CEB por faixas etárias (amostra de 74 casos).



Separando-se os casos de CEB por localização intrabucal (61 casos) e lábio (13 casos) obtiveram-se dados semelhantes quanto às faixas etárias, porém, foram percebidas algumas diferenças quanto à predominância de gênero e etnias entre as diferentes amostras. Na amostra de CEB em lábio, o gênero masculino foi registrado em 53,84% dos casos (7 casos), enquanto que o feminino somou 46,15% (6 casos), uma porcentagem maior quando comparada à amostra geral ou à amostra de CEB intrabucal. Quanto à etnia, todos os casos de CEB em lábio se deram em leucodermas, o que difere do registrado para CEB intrabucais.

Gráfico 4: Distribuição dos casos de CEB por gênero, considerando a localização intrabucal e labial.

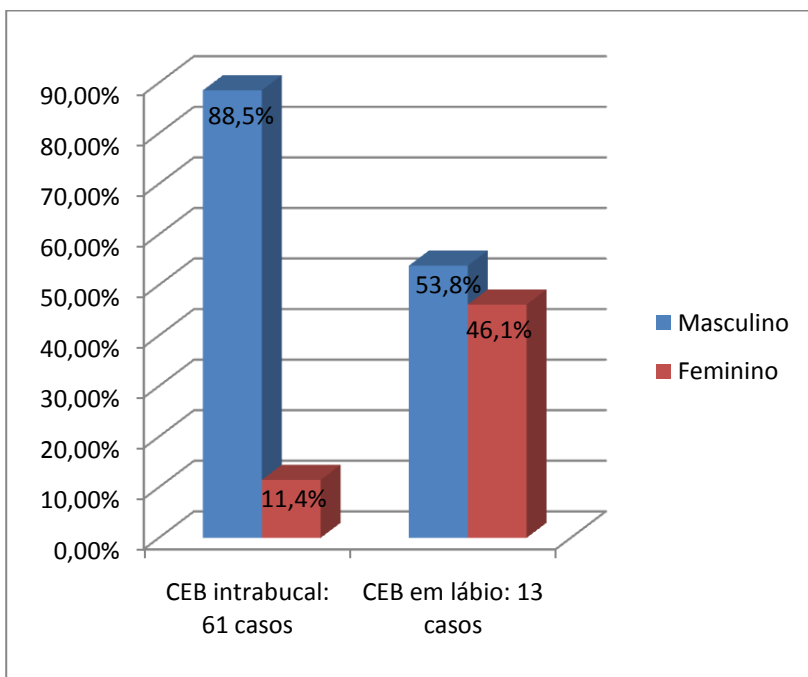


Gráfico 5: Distribuição dos casos de CEB por etnia, considerando a localização intrabucal e labial.

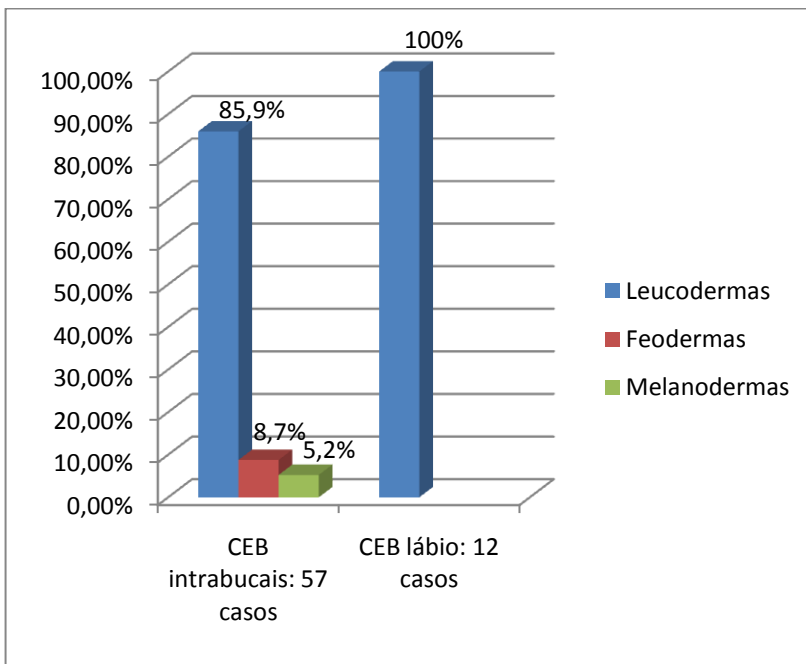
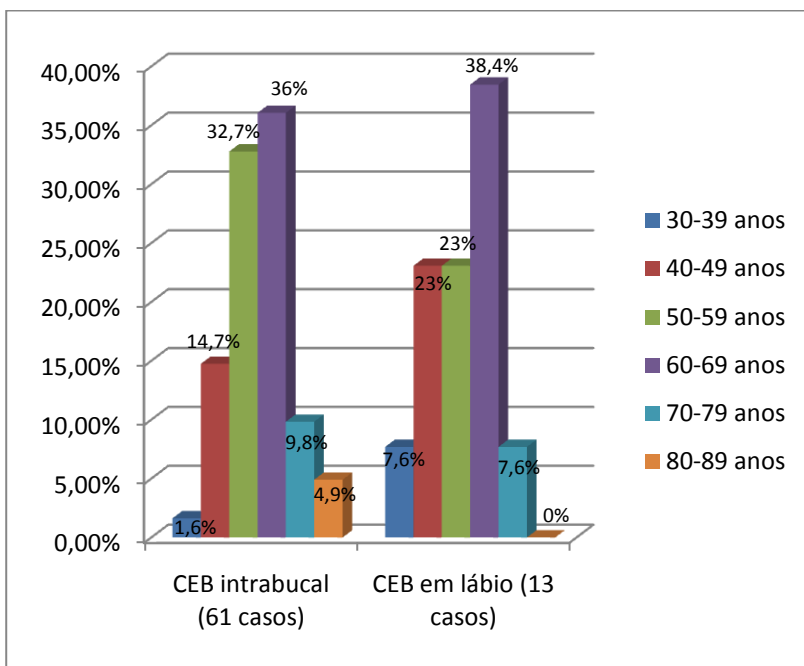
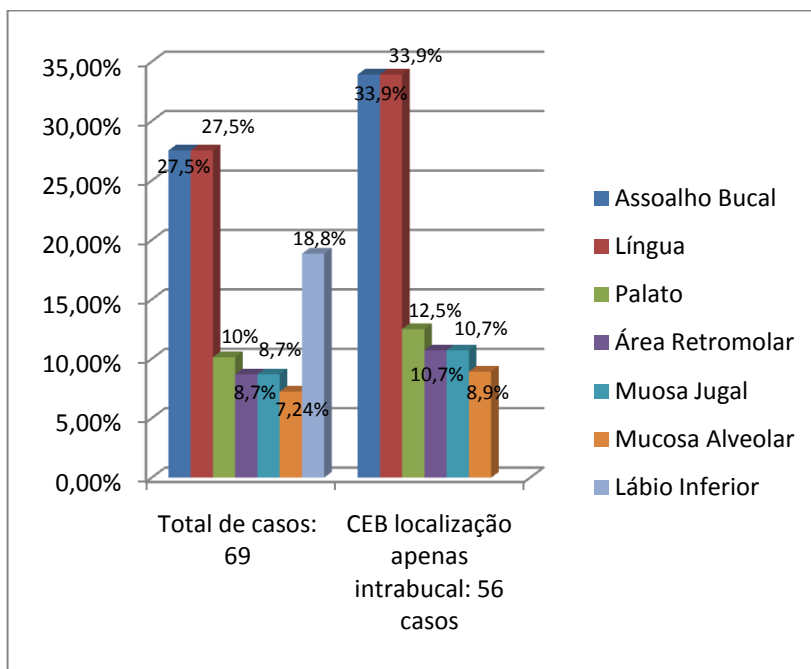


Gráfico 6: Distribuição dos casos de CEB por faixas etárias, considerando a localização intrabucal e labial.



O gráfico 7 apresenta os valores (em porcentagens) da localização primária dos casos de CEB, quando analisados todos os 69 casos onde esta informação foi registrada. O gráfico também exibe os valores para as mesmas localizações quando se excluem os casos de CEB em lábio.

Gráfico 7: Distribuição dos casos de CEB, de acordo com a localização primárias dos tumores.

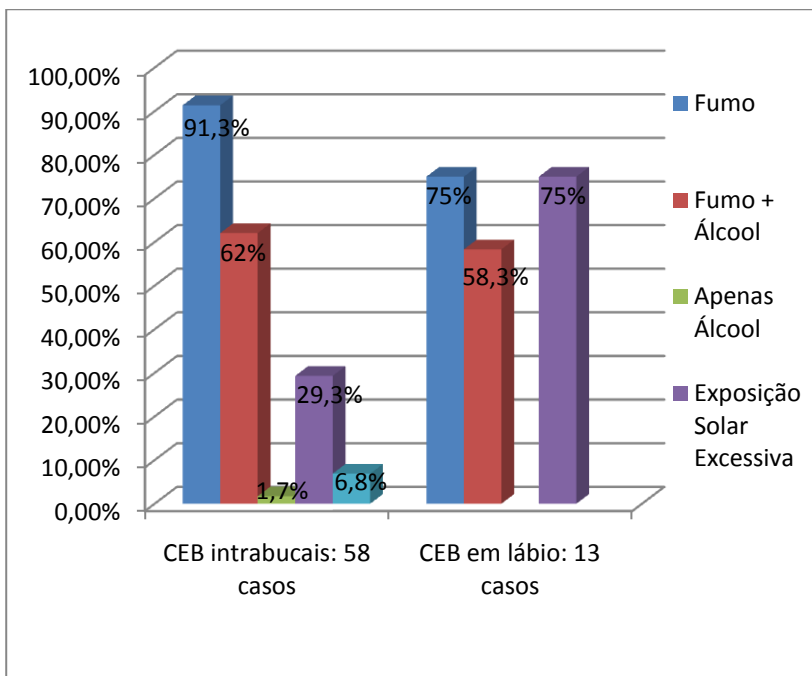


Em 71 casos, do total de casos da amostra, foi possível levantar dados quanto aos hábitos nocivos que os pacientes em questão exerciam e que tinham influência no desenvolvimento do CEB. Dentre estes 71 casos, 85,91% dos pacientes (61 casos) faziam algum tipo de uso de tabaco e, em 60,56% destes pacientes (43 casos), associavam o uso do tabaco com o uso de álcool, enquanto que apenas em um dos casos (1,40%) o paciente relatou consumir frequentemente álcool, porém, sem fazer uso de tabaco.

Ainda analisando os 71 casos da amostra geral de pacientes com CEB, a exposição solar excessiva foi relatada em 36,61% dos casos (26 casos), enquanto que em apenas quatro casos (5,63%) os pacientes afirmavam não ter nenhum hábito nocivo que tivesse influência no desenvolvimento do CEB.

Após analisar separadamente os casos de CEB intrabuciais e CEB em lábio, em relação aos hábitos nocivos, foram notadas diferenças em todos os itens pesquisados, destacando-se a diferença quanto à exposição solar excessiva (gráfico 8).

Gráfico 8: Porcentagem de pacientes com CEB expostos aos fatores etiológicos para o desenvolvimento dessa neoplasia.



Outro dado pesquisado foi referente à representação de risco para desenvolvimento do CEB em lábio das profissões dos pacientes desta amostra. Dos 11 casos em que se pode levantar esta informação, 63,63% dos pacientes (7casos) exerciam profissões que, por se exporem muito ao sol, poderiam ter influenciado no desenvolvimento da doença como pedreiro, agricultor, pescador, jardineiro, gari e pintor.

O tempo de evolução destas lesões pode ser avaliado em 61 casos da amostra e, na maioria dos casos, a lesão tinha uma média de 0 a 6 meses

de evolução no momento da primeira consulta dos pacientes (gráfico 9). Porém, quando se separam os casos de CEB intrabuciais e em lábio, percebe-se uma mudança nestes números (gráfico 10).

Gráfico 9: Tempo médio de evolução das lesões de CEB (61 casos).

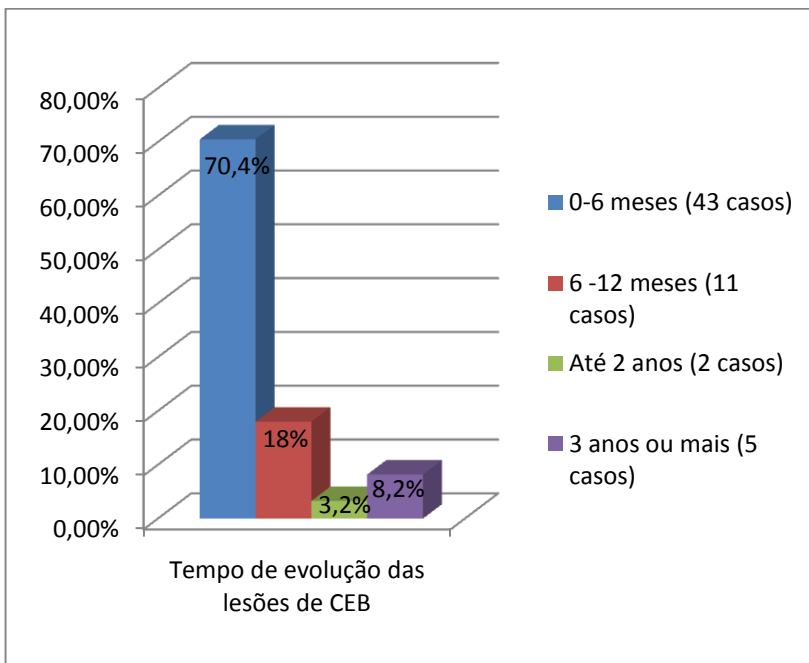
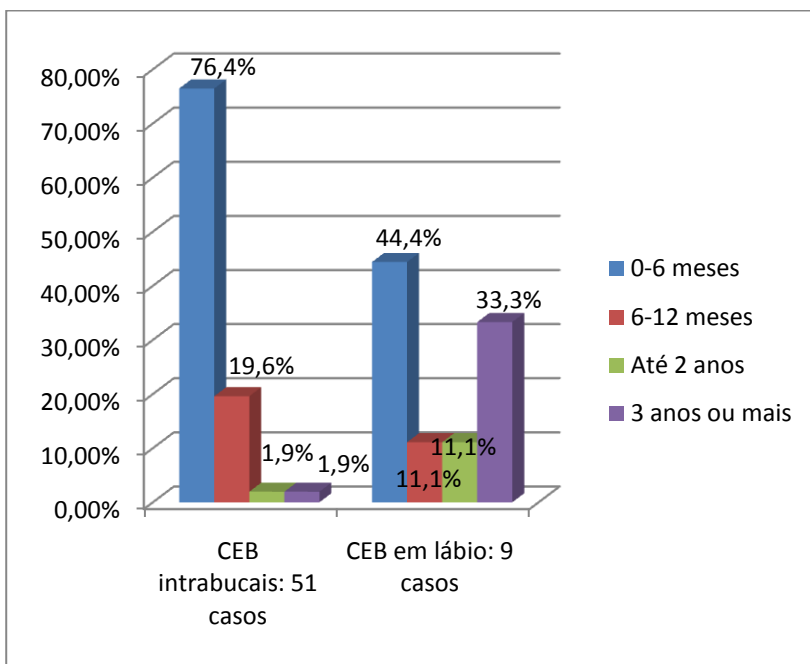


Gráfico 10: Tempo médio de evolução das lesões de CEB intrabuciais e CEB em lábio.



O estadiamento T pode ser avaliado em 40 casos da amostra, sendo o T2 e T4 os mais frequentes (gráfico 11). Para os estadiamentos N e M foi possível avaliar 37 casos e os mais frequentes foram o N0 e M0 (gráficos 12 e 13). Os gráficos também mostram que a distribuição dos estadiamentos quando se consideram apenas os casos de CEB intrabuciais segue o mesmo padrão da amostra geral de 40 casos.

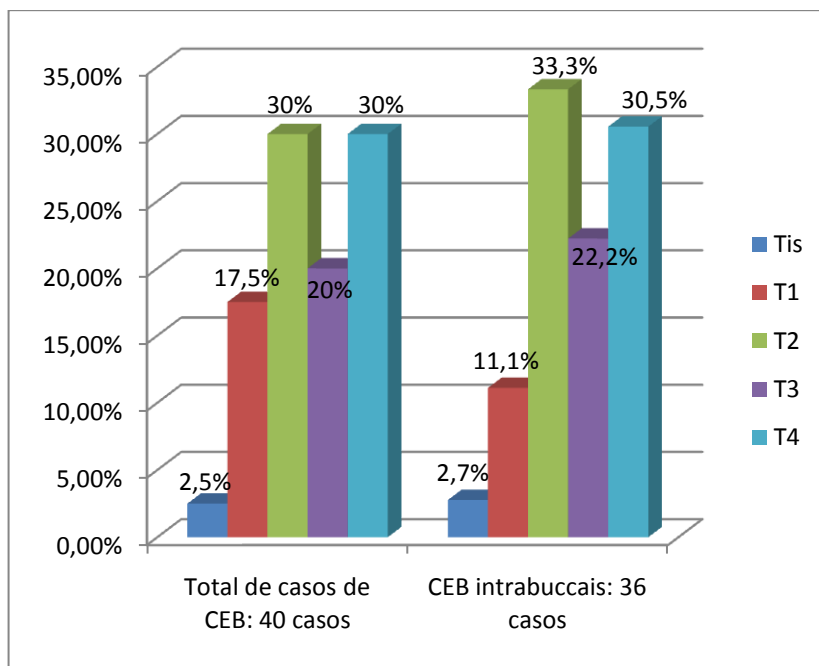
Gráfico 11: Estadiamento T dos casos da amostra.

Gráfico 12: Estadiamento N dos casos da amostra.

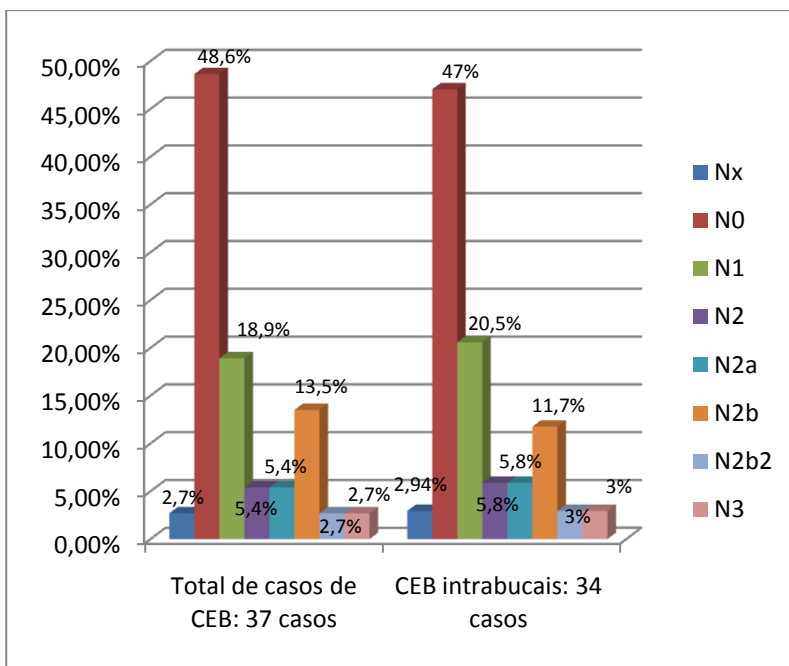
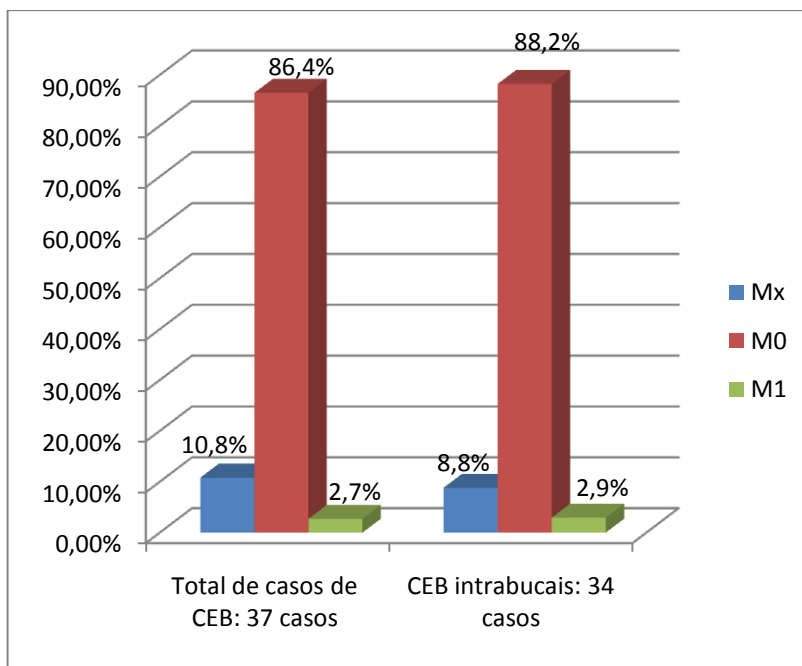


Gráfico 13: Estadiamento M dos casos da amostra.

Quando se analisou o estadiamento dos casos de CEB em lábio, apenas quatro casos puderam ser avaliados quanto ao estadiamento T, três deles eram T1 (75%) e um era T4 (25%). Para o estadiamento N em CEB de lábio, apenas três casos puderam ser avaliados, sendo que dois eram N0 (66,66%) e um era N2b (33,33%). Para o estadiamento M, também apenas três casos puderam ser avaliados e dois eram M0 (66,66%), enquanto um era Mx (33,33%).

A informação, com relação ao estadiamento clínico TNM (tabela 1), só foi possível ser analisada em 38 casos da amostra. O estágio IV foi o predominante com 44,73% dos casos (17 casos), seguido do estágio III com 26,31% (10 casos), estágio II com 15,78% (6 casos) e estágio I com 13,15% (5 casos).

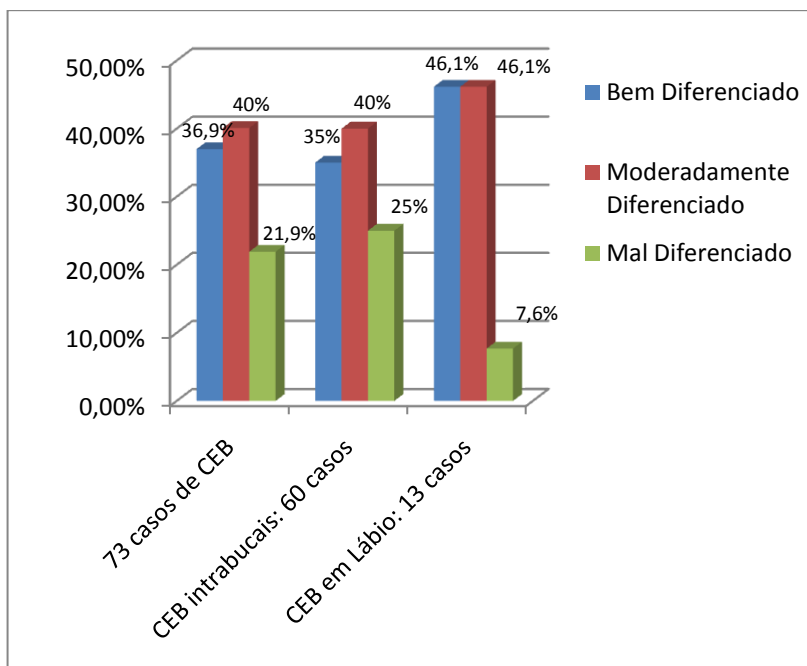
Tabela 2: estadiamento clínico de 38 casos da amostra de CEB.

ESTÁDIO	DESIGNAÇÃO TNM	RESULTADOS DA AMOSTRA
I	T1, N0, M0	13,15%
II	T2, N0, M0	15,78%
III	T3, N0, M0	26,31%
IV	T1-3, N1, M0	44,73%
	T4, N0, M0	
	T4, N1, M0	
	T qualquer, N2-3, M0	
	T qualquer, N qualquer, M1	

Analisando-se separadamente, levantou-se que em 35 casos de CEB intrabucais, 45,71% estavam no estágio IV (16 casos), 28,57% no estágio III (10 casos), 17,14% no estágio II (6 casos) e 8,57% no estágio I (3 casos). E para os CEB em lábio, apenas três casos puderam ser avaliados sendo que dois estavam no estágio I (66,66%) e um estava no estágio IV (33,33%).

A graduação histológica das lesões foi realizada em 73 casos, sendo divididos em bem diferenciados, moderadamente diferenciados e mal diferenciados. Para a graduação histopatológica dos tumores, o método proposto por Brynee colaboradores [7] foi adaptado na pesquisa de Alves e colaboradores [1] e utilizado da mesma forma em nosso estudo. Apenas o grau de queratinização do tumor e o grau de pleomorfismo nuclear foram considerados. A soma do valor recebido para cada critério determina o grau de diferenciação do tumor de acordo com o esquema a seguir: bem diferenciado (2 a 4), moderadamente diferenciado (5 a 6) e mal diferenciado (7 a 8) (Gráfico 14).

Gráfico 14: Graduação histológica dos casos de CEB.



DISCUSSÃO

O câncer de boca é considerado um problema de saúde pública em todo o mundo. A última estimativa mundial apontou que ocorreriam cerca de 300 mil casos novos e 145 mil óbitos, para o ano de 2012, por câncer de boca e lábio (C00-8). Desses, cerca de 80% ocorreriam em países em desenvolvimento [15].

Em pouco mais de sete anos de funcionamento o LPB-UFSC analisou mais de 1700 peças de biópsias, dentre elas, 4,35% foram diagnosticadas como CEB.

Neste estudo levantou-se que 82,40% dos pacientes da amostra eram do gênero masculino. Quando se analisou separadamente os casos de CEB intrabuciais e CEB em lábio verificou-se que entre os casos de CEB em lábio a porcentagem de gênero masculino caiu para 53,84% dos pacientes. Dados semelhantes foram encontrados em outras pesquisas [2][5][11][17][20][22][23][25][29] onde o CEB foi avaliado sem a separação entre os casos de câncer de lábio e os intrabuciais sendo que a

grande maioria dos casos ocorreu em homens. No estudo sobre CEB em lábio de Antunes & Antunes [3] o gênero masculino teve uma prevalência de 59%, porcentagem próxima à encontrada em nossa pesquisa. A última estimativa do Instituto Nacional do Câncer [15] é de que em 2014 ocorram, no Brasil, 11.280 casos de CEB em homens, já em mulheres a estimativa é de 4.010 casos. Porém, apesar da maioria dos estudos demonstrar maior predileção da doença em homens, alguns pesquisadores encontraram dados diferentes a estes [6][12][18].

Concordando com diversos trabalhos [6][18][20][21][26][28][29] a etnia leucoderma foi a mais prevalente neste estudo (81,40%), sendo que nos casos de CEB em lábio, todos se deram em pessoas leucodermas. Porém, estes números também podem estar relacionados com as características da população local, já que segundo o censo demográfico de 2010, no estado de Santa Catarina, a proporção de pessoas que se declaravam de cor ou raça branca era de 84% [14].

As localizações mais frequentes do CEB foram em língua e assoalho bucal com 27,53% dos casos cada um, seguidas de lábio inferior com 18,84%, palato com 10,14%, área retromolar e mucosa jugal com 8,69% cada e mucosa alveolar com 7,24%. Quando se avaliou os casos excluindo-se os CEB em lábio, esses números sofreram poucas alterações e mantiveram as mesmas ordens de frequência. Estes resultados vão ao encontro de outros estudos [2][11][17][20][22][23][29] em que as localizações de língua, assoalho bucal e mesmo lábio aparecem entre as três mais frequentes, se intercalando entre a primeira, segunda e terceira posições. Segundo Antunes e Antunes [3] os tumores dos lábios correspondem a aproximadamente 15% de todas as neoplasias do segmento cabeça e pescoço, e a 25 a 30% de todos os tumores da cavidade oral, número também encontrado na pesquisa e Gervásio et al [11]. Em 70,48% dos casos da nossa amostra, o tempo de evolução das lesões foi de 0-6 meses, porém, quando se avaliam separadamente os casos de CEB em lábio esse número cai para 44,40% e os casos em que a evolução da lesão em lábio teve três anos ou mais sobem para 33,30% contra apenas 1,96% das lesões de CEB intrabucais. Antunes e Antunes [3] afirmam que o motivo de as lesões em lábio serem diagnosticadas mais tardiamente pode estar ligado ao grande número de enfermidades que afetam os lábios como herpes, úlceras simples, fissuras ou granulomas e que podem levar o paciente a postergar a procura de um atendimento profissional.

As faixas etárias mais frequentes foram a quinta e sexta décadas de vida, dados semelhantes a outros estudos [2][6][11][12][17][18][20][22][29] que indicam, principalmente, a sexta década como a mais prevalente. Anjos Hora [2] também encontrou uma frequência alta na sétima década de vida entre os pacientes de sua pesquisa.

O uso do tabaco esteve presente na maioria dos casos da amostra, muitas vezes, associado ao álcool. Porém, quando se analisam apenas os casos de CEB em lábio, percebe-se uma grande influência da exposição solar excessiva no desenvolvimento dessas lesões (75% em 13 casos). O uso do tabaco como hábito de risco para o desenvolvimento do carcinoma intrabucal já é reconhecido em diversos estudos [6][11][18][20][21][22][24][28][32] enquanto que para o carcinoma de lábio o fator de risco é a exposição solar excessiva. A exposição ao sol pode estar ligada ao tipo de profissão que o paciente exerce. Este fato pode ser notado em 63,63% dos pacientes desta pesquisa que desenvolveram CEB em lábio e exerciam profissões que exigiam um longo tempo de exposição solar, como por exemplo: pedreiro, agricultor, pescador, jardineiro, gari ou pintor.

A graduação histológica de 73 dos 74 casos da amostra revelou uma maioria de casos classificados como moderadamente diferenciado, seguidos pelos casos bem e mal diferenciados. Dados semelhantes foram encontrados nos estudos de Mosele [20], Hernandez [12] e Sousa [29]. Já no estudo de Lubek [18] e Anjos Hora [2], a graduação bem diferenciada foi a mais prevalente, seguida de lesões moderadamente diferenciadas, enquanto que no estudo de Larsen [17] os casos moderadamente e bem diferenciados aparecem quase empatados. Contrastando com estes dados Alves e colaboradores [1] em estudo sobre 72 casos de CEB encontraram uma porcentagem de 36% de casos classificados como mal diferenciados seguidos de casos bem e moderadamente diferenciados com 32% cada.

A necessidade de se classificar os casos de câncer em estádios baseia-se na constatação de que as taxas de sobrevida são diferentes quando a doença está restrita ao órgão de origem ou quando se estende a outros órgãos [15]. Costa e colaboradores [9] concluíram em sua pesquisa que queratinização, pleomorfismo nuclear e infiltrado linfoplasmocitário possuem forte correlação com o estadiamento clínico TNM, além desse último estar fortemente associado com os escores de malignidade, constituindo-se em indicadores de prognóstico importantes. Nesta pesquisa a maioria dos pacientes da amostra apresentava tumores com tamanho T2 e T4, e o estágio IV do estadiamento clínico TNM foi predominante, com 44,73% dos casos. Em seu estudo Lubek colaboradores [18] avaliaram dados de trinta pacientes e encontraram uma predominância de tumores tamanho T1 (53,3%) e o estadiamento clínico I foi predominante com 50% dos casos. Já Larsenetall [17] encontraram os maiores valores percentuais em tumores de tamanhos T1 e T3 (54% e 36% respectivamente). Na mesma pesquisa também foi notado que a ocorrência de metástases em linfonodos estava significativamente associada ao aumento do tamanho do tumor. Já Gervásio e colaboradores [11] encontraram uma maior distribuição de casos T4 e N2 em 385 e 362 casos, respectivamente.

Em seu estudo, Kreppel e colaboradores [16] encontraram uma distribuição quanto ao tamanho dos tumores mais semelhante à encontrada no nosso trabalho, sendo que T2 e T4 foram os mais prevalentes com 41,7% e 37,4% dos casos, respectivamente. Já em relação aos estadiamento TNM, os mesmos pesquisadores encontraram uma prevalência de um estágio mais avançado da doença, sendo que em 57,4% dos casos a doença se apresentava no estágio IV. O estudo também apresenta dados semelhantes quanto a metástases em linfonodos no sentido de que em 42,7% dos casos Kreppel e colaboradores registraram N0, ou seja, sem metástases em linfonodos, na nossa pesquisa este dado ficou em 48,64% dos casos. Segundo Kreppel e colaboradores, há quarenta anos os objetivos do estadiamento do câncer são os mesmos: apoiar o planejamento do tratamento, dar alguma indicação do prognóstico, ajudar na avaliação dos resultados do tratamento e permitir a troca de informações sobre o mesmo.

CONCLUSÃO

No presente estudo, o CEB afetou principalmente homens, leucodermas e fumantes entre a quinta e sexta décadas de vida. Os locais mais acometidos pela doença foram assoalho bucal e língua, seguidos de lábio inferior e palato. Foi verificada uma alta porcentagem de CEB em lábio inferior em pacientes que apresentavam, entre os fatores de risco, a exposição solar excessiva. A maioria das lesões tinha um tempo de evolução de 0-6 meses. A maioria das lesões diagnosticadas pelo LPB-UFSC foi moderadamente diferenciada na avaliação histológica. O estadiamento clínico IV, da classificação TNM, foi o mais frequente, mostrando que ainda hoje os casos de câncer de boca têm um diagnóstico tardio, o que certamente aumenta a morbidade do tratamento e diminui as chances de cura dos pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] ALVES, C.C.M., NETTO, F.O.G., SOUSA, S.F., BERNARDES, V.F., AGUIAR, M.C.F. *Carcinoma de células escamosas de boca: relação entre graduação histopatológica e características clínicas da neoplasia*, **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, João Pessoa, v. 11(4), p. 485-489, 2011.
- [2] ANJOS HORA, I. A., PINTO, L. P., SOUZA, L. B., FREITAS, R. A. Estudo epidemiológico do Carcinoma Epidermóide no estado do Sergipe. **Ciência odontológica brasileira**, São José dos Campos, v. 6, n.2, p. 41-48, 2003.
- [3] ANTUNES, A.A., ANTUNES, A.P. *Estudo retrospectivo e revisão de literatura dos tumores dos lábios: experiência de 28 anos*, **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 50(4), p. 295-300, 2004.
- [4] BARNES, L., EVERSON, J.W., REICHART, P., SIDRANSKY, E. *World health organization classification of tumors. Pathology and genetics of head and neck tumours*. 1.ed. São Paulo: Santos Editora, 2009.
- [5] BATISTA, A.C., COSTA, N.L., OTON-LEITE, A.F., MENDONÇA, E.F., ALENCAR, R.C.G., SILVA, A.T. *Distinctive clinical and microscopic feature of squamous cell carcinoma of oral cavity and lip*. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Radiol Endod**, Belo Horizonte, v.109, n.3. p. 74-79, 2010.
- [6] BORGES, F. T., GARBIN, C. A. S., CARVALHOSA, A. A., CASTRO, P. H. S., HIDALGO, L. R. C. *Epidemiologia do câncer de boca em laboratório público do estado do Mato Grosso, Brasil*, **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24(9), p. 1977-1982, 2008.
- [7] BRYNE, M. *Is the invasive front of an oral carcinoma the most important area for prognostication?*, **Oral Diseases**, Oslo, v. 4(2), p. 70-77, 1998.
- [8] CONTRAN, R.S., KUMAR, V., ROBBINS, S.L. **Patologia estrutural e funcional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1991.
- [9] COSTA, A.L.L., ARAÚJO JÚNIOR, R.F., RAMOS, C.C.F. *Correlação entre a classificação TNM e as características histológicas de malignidade do carcinoma epidermóide oral*,

- Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, v. 71, p. 181-170, 2007.
- [10] FRANCO, E.L. et al. *Race and gender influences on the survival of patients with mouth cancer*, **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 46, p. 37-46, 1993.
- [11] GERVASIO, O.L. et al. *Oral squamous cell carcinoma: a restropective study of 740 cases in a Brazilian population*, **Brazilian Dental Journal**, v. 12, p. 57-61, 2001.
- [12] HERNÁNDEZ-GUERRERO, J. C., JACINTO-ALEMÁN, L.F., JIMÉNES-FARFÁN, M.D., MACARIO-HERNÁNDEZ, A., HERNÁNDEZ-FLORES F., ALCÁNTARA-VÁZQUES, A. *Prevalencetrens of oral squamouscellcarcinoma.Mexicocity's General Hospital experience*, **Med Oral patol Oral Cir Bucal**, Cidade do México, v. 18, p. 306-311, 2013.
- [13] INOUE, D.P., AMAR, A., CERVANTES, O. *Marcadores tumorais no câncer de laringe*, **Revista brasileira de cirurgia de cabeça e pescoço**, São Paulo, v. 1(34), p. 7-14, 2005.
- [14] INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Atlas do censo demográfico 2010. Disponível em: <www.ibge.gov.br> Acesso em: 01/07/2014.
- [15] INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Estimativa 2014 incidência de câncer no Brasil. Disponível em:<www.inca.gov.br> Acesso em: 04/01/2011.
- [16] KREPPPEL, M., EICH, H.T., KÜBLER, A., ZÖLLER, J.E., SCHEER, M. *Prognostic value of the sixth edition of the UICC's TNM classification and stage grouping for oral cancer*, **Journal of Surgical Oncology**, v. 102(5), p. 443-449, 2010.
- [17] LARSEN S.R., JOHANSEN J., SØRENSEN J.A., KROGDAHL A. The prognostic significance of histological features in oral squamous cell carcinoma. **Journal of Oral Pathology & Medicine**, Odense, v. 38 p. 657-662, 2009.
- [18] LUBEK, J.E., DYALRAM, D., PERERA E.H., ORD, R.A. *A retrospective analysis of squamous carcinoma of the mucosa: an aggressive subsite within the oral cavity*, **Journal of Oral and Maxillofacial surgery**, Baltimore, v. 71(6), p. 1126-1231, 2013.

- [19]MEHROTRA, R., YADAV, S. *Oral squamous cell carcinoma: etiology, pathogenesis and prognostic value of genomic alterations*, **Indian Journal of Cancer**, v. 43(2), p. 60-66, 2006.
- [20]MOSELE, J. C., STANGLER, L.P., TRENTIN, M. S., OLIVEIRA DA SILVA, S., CARLI, J. P. *Levantamento epidemiológico dos casos de Carcinoma Epidermóide da cavidade bucal registrado no serviço e diagnóstico histopatológico do Instituto de Ciências Biológicas da Universidade de Passo Fundo/RS*. **Revista Odonto**, São Bernardo do Campo, ano 16, n.32. p. 18-24, 2008.
- [21]NEVILLE, B.W. et al. **Patologia oral e maxillofacial**. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
- [22]OLIVEIRA, L. R., SILVA, A. R., ZUCOLOTO, S. *Perfil da incidência e da sobrevida de pacientes com Carcinoma Epidermóide oral em uma população brasileira*. **Jornal brasileiro de patologia e medicina laboratorial**, Campo Grande, v.42, n.5. p. 385-392, 2006.
- [23]PERUSSI M.R., DENARDIN O.V.P., FAVA A.S., RAPOPORT A. *Carcinoma epidermóide da boca em idosos de São Paulo*. **Revista da Associação Medica Brasileira**, São Paulo, v. 48 (4), p. 341 – 344, 2002.
- [24]REGEZI, J. A. et al. **Patologia oral: correlações clínico patológicas**. 5.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.
- [25]REICHART, P.A. *Identification of risk groups for oral precancer and cancer and preventive measures*. **Clinical Oral Investigations**, Berlin, V.5, p. 207-217, 2001.
- [26]RIBEIRO, A.C., SILVA, A.R., SIMONATO, L.E., SALZEDAS, L.M., SUNDERFELD, M.L., SOUBHIA, A.M. *Clinical and histopathological analysis of oral squamous cell carcinoma in young people: a descriptive study in Brazilians*, **British Journal os Pral and Maxillofacial Sutgery**, v. 47(2), p. 95-98, 2009.
- [27]ROBBINS, S.L., et al. Neoplasia. In: _____. (Org.). **Bases Patológicas das Doenças**, Rio de janeiro: Elsevier Editora, 7ed, 2005. p. 281-356. 2005. P. 281-356.
- [28]SILVERMAN, S. Jr. et al. **Fundamentos de medicina oral**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

- [29] SOUSA, F.A.C.G., PARADELLA, T.C., ROSA, L.E.B., FAIG LEITE, H., *Estudo epidemiológico descritivo do carcinoma epidermóide bucal em uma população brasileira*, **Cienc Odontol Bras**, v. 11(4), p. 24-29, 2008.
- [30] STRATON, M.R., CAMPBELL, R.J., FUTEAL, P.A. *The cancer genome*, **Nature International Weekly of Science** , v. 458, p. 719-724, 2009.
- [31] TSANTOULIS, P.K., KASTRINAKIS, N.G., TOURVAS, A.D., LASKARIS, G., GORGOLIS, V.G. *Advances in the biology of oral cancer*, **Oral Oncology**, v. 43(6), p. 523-534, 2007.
- [32] WUNSCH-FILHO, V. *The epidemiology of oral and pharynx cancer in Brazil*, **Oral Oncology**, v. 38, p. 737-746, 2002.

ANEXO A

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Carcinoma Epidermóide de Boca: Levantamento dos casos diagnosticados pelo Laboratório de Patologia Bucal da Universidade Federal de Santa Catarina.

Pesquisador: Lilliane Janete Grando

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 14654514.7.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 717.502

Data da Relatoria: 07/07/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de Projeto do Curso de Odontologia intitulado Carcinoma Epidermóide de Boca: Levantamento dos casos diagnosticados pelo Laboratório de Patologia Bucal da Universidade Federal de Santa Catarina

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Levantar a casuística e a evolução dos casos de Carcinoma Epidermóide diagnosticados histologicamente pelo LPB-UFSC e encaminhados para tratamento nos ambulatórios de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do HU/UFSC, entre os períodos de setembro de 2006 a dezembro de 2013.

Objetivo Secundário:

Levantar os dados epidemiológicos dos pacientes da amostra; Levantar as características clínicas (localização preferencial, tamanho, tempo de evolução, sintomatologia, entre outras) das lesões da amostra; Determinar a frequência dessa lesão ao longo do tempo de estudo; Verificar as condutas de tratamento adotadas, bem como a evolução dos casos da amostra; Comparar os dados obtidos com os já existentes na literatura; Identificar a presença de hábitos nocivos nos pacientes da amostra em especial o tabagismo e etilismo

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima

Bairro: Trindade

CEP: 88.040-900

UF: SC

Município: FLORIANÓPOLIS

Telefone: (48)3721-9206

Fax: (48)3721-9696

E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 717.502

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Existe o risco de perda de anonimato, porém todas as pessoas envolvidas na pesquisa estarão bem treinadas e comprometidas com o sigilo de todos os dados coletados na mesma. Risco de perda de grande número da amostra, devido ao óbito de pacientes ou impossibilidade de obtenção do TCLE.

Benefícios:

O estudo das diversas características epidemiológicas e comportamentais desta doença são de grande importância para a prevenção, diagnóstico e aplicação do tratamento adequado. O estudo contínuo sobre a doença, suas características e pessoas acometidas por ela pode elucidar os profissionais da área da saúde bucal sobre como agir perante uma situação de suspeita ou confirmação do CEB. Esta pesquisa deverá ser capaz de fornecer um documento que mostre um panorama do comportamento da doença Carcinoma Epidermóide de Boca diagnosticados pelo Laboratório de Patologia Bucal da UFSC, podendo servir de fonte de informação a pesquisadores ou mesmo como base para pesquisas futuras sobre o câncer

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

projeto está apresentado em uma forma inicial tanto teórica como metodológica mas tem condições de ser executado na prática em razão expertise do pesquisador.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O pesquisador apresentou a documentação exigida para submissão e avaliação do projeto pelo CEPISH/UFSC tais como Relatório, Projeto, Folha de Rosto, Declaração Instituição, TCLE, Cronograma, Orçamento

Recomendações:

Não há recomendações o pesquisador atendeu as recomendações de pendência indicadas pelo relator

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Concluiu indicando aprovação no CEPISH/UFSC

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima			
Bairro: Trindade	CEP: 88.040-900		
UF: SC	Município: FLORIANÓPOLIS		
Telefone: (48)3721-9206	Fax: (48)3721-9696	E-mail: cep@reitoria.ufsc.br	

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 717.502

FLORIANOPOLIS, 14 de Julho de 2014

Assinado por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)